



Integração entre Cirurgia da Mão e Reumatologia na Artrite Reumatoide: Diagnóstico por Imagem e Tratamento

Julia Siuves, Ubiratan Brum de Castro, Breno Henrique Pinto Carvalho



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p943-952>

Artigo recebido em 05 de Junho e publicado em 15 de Julho de 2025

Artigo de Opinião

Resumo

Embora os avanços no tratamento clínico da artrite reumatoide (AR) tenham diminuído a necessidade de intervenções cirúrgicas, muitos pacientes ainda desenvolvem deformidades incapacitantes nas mãos, afetando significativamente sua qualidade de vida. O artigo explora a falta de consenso sobre o momento adequado para a intervenção cirúrgica, destacando as divergências existentes entre reumatologistas e cirurgiões de mão. Reumatologistas, em geral, tendem a postergar o encaminhamento para avaliação cirúrgica, priorizando o manejo clínico prolongado. Por outro lado, cirurgiões defendem que a realização de cirurgia em estágios mais precoces pode preservar a funcionalidade articular, prevenir deformidades mais graves e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A comunicação insuficiente entre essas especialidades dificulta a tomada de decisão e pode atrasar intervenções potencialmente benéficas. O artigo ressalta a necessidade de mais estudos e de uma abordagem interdisciplinar para aprimorar os desfechos clínicos e oferecer um cuidado mais eficiente aos pacientes com AR.

Descritores: Artrite Reumatoide, Ortopedia, Diagnóstico por Imagem, Equipe Interdisciplinar de Saúde

Managing the Interface between Hand Surgery and Rheumatology: Diagnostic Imaging and Treatment

Abstract

Although advances in the clinical treatment of rheumatoid arthritis (RA) have reduced the need for surgical interventions, many patients still develop disabling deformities in their hands, significantly affecting their quality of life and daily activities. The article explores the lack of consensus on the appropriate timing for surgical intervention, highlighting the existing differences between rheumatologists and hand surgeons. Rheumatologists generally tend to delay referral for surgical evaluation, prioritizing prolonged clinical management and the use of advanced pharmacological therapies. On the other hand, surgeons argue that performing surgery at earlier stages can preserve joint functionality, prevent more severe deformities, and improve patients' quality of life in the long term. Insufficient communication between these specialties hinders decision-making, may delay potentially beneficial interventions, and complicates patient care. The article emphasizes the need for further studies, better collaboration, and an interdisciplinary approach to improve clinical outcomes and provide more effective and comprehensive care for patients with RA.

Keywords

Rheumatoid Arthritis, Orthopedics, Diagnostic Imaging, Interdisciplinary Health Team

Instituição afiliada: Universidade Federal de Minas Gerais

Autor correspondente: Julia Berriel Siuves juliasiuves@yahoo.com.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória autoimune progressiva, com uma prevalência de cerca de 1% da população mundial ¹, predominantemente em mulheres entre a segunda e a quarta décadas de vida ². A AR comumente afeta as articulações metacarpofalângicas ³, particularmente a membrana sinovial, podendo causar destruição óssea e cartilaginosa irreversível ⁴. O diagnóstico envolve uma combinação de quadro clínico e exames complementares, sem que um único teste possa confirmar a patologia isoladamente. Clinicamente, a AR se manifesta por sintomas constitucionais como febre baixa, fadiga, mialgia e perda de peso, além de poliartrite simétrica, principalmente em pequenas articulações periféricas, com dor, sinais flogísticos e rigidez matinal prolongada por mais de uma hora. As imagens podem revelar erosões ósseas, subluxações e deformidades que surgem com a progressão da doença. Exames laboratoriais confirmam o diagnóstico através de sorologias e provas inflamatórias elevadas ⁴.

Por ser uma doença inflamatória progressiva, sem cura, com grande potencial de incapacitação motora, é crucial o reconhecimento precoce e o desenvolvimento de novas terapias, clínicas ou cirúrgicas, para melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes. Apesar dos avanços no manejo clínico da AR, o tratamento ainda enfrenta limitações no gerenciamento das deformidades das mãos que surgem ao longo do tempo. Embora não haja consenso entre especialistas, abordagens cirúrgicas precoces pela ortopedia podem restaurar a mobilidade e funcionalidade das mãos, proporcionando melhores resultados em comparação com intervenções tardias.

Objetivo

O artigo tem como objetivo discutir a importância do diagnóstico precoce da artrite reumatoide (AR) e explorar o papel da cirurgia ortopédica na restauração da funcionalidade da mão. Ele também analisa a complementaridade entre tratamento clínico e cirúrgico, destacando a falta de consenso sobre o momento ideal para encaminhamento ao cirurgião ortopédico.

Métodos

O artigo segue uma abordagem de reflexão teórica, baseada em uma revisão da literatura sobre o diagnóstico, monitoramento por exames de imagem e tratamento da AR. Ele analisa os critérios diagnósticos estabelecidos pelo ACR/EULAR, compara métodos de imagem, discute

os tratamentos clínicos e cirúrgicos disponíveis e examina a divergência entre reumatologistas e cirurgiões sobre a indicação de cirurgia.

Desenvolvimento

O diagnóstico precoce da artrite reumatoide é fundamental para seu manejo eficaz e para prevenir a progressão incapacitante da doença. Os critérios classificatórios de 2010 do Colégio Americano de Reumatologia e da European Alliance of Associations for Rheumatology (ACR/EULAR) são utilizados, considerando aspectos clínicos e sorológicos. O diagnóstico é confirmado com uma pontuação mínima de 6 pontos em 10. A clínica pode marcar até 6 pontos, considerando o número e a localização das articulações acometidas e a duração dos sintomas por pelo menos 6 semanas. Os exames complementares incluem sorologias, com o Fator Reumatóide (FR) e o anticorpo antiproteínas citrulinadas (anti-CCP) podendo somar até 3 pontos se presentes em altos títulos, além de provas de atividade inflamatória como a proteína C reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS), que somam 1 ponto se pelo menos uma estiver elevada 4.

O quadro clínico da AR inclui alterações constitucionais (febre, fadiga, adinamia), alterações extra-articulares (como comprometimento pulmonar) e alterações articulares. A artrite afeta principalmente as pequenas articulações da mão e do punho, causando dores crônicas, calor, rubor e edema, e pode levar à perda funcional devido às deformidades causadas pela inflamação persistente e perda do equilíbrio muscular e ligamentar normais. No exame físico, destacam-se as deformidades nas mãos como o dedo em abotoadura (com contratura em flexão da articulação interfalângiana proximal e extensão da interfalângiana distal) e o dedo em pescoço de cisne (com flexão da interfalângiana distal e hiperextensão da interfalângiana proximal). O desvio ulnar dos dedos e instabilidade radioulnar podem levar a luxações ou subluxações. A tenossinovite progressiva pode causar rupturas de tendões, identificadas por ausência de flexão ou extensão do dedo conforme a estrutura acometida 5.

Os exames de imagem, que faziam parte dos critérios da ACR/EULAR de 1987 e foram removidos na revisão de 2010, ainda têm relevância para o diagnóstico, embora geralmente não revelem alterações precoces. A radiografia simples é a modalidade mais acessível e geralmente a primeira escolha para observar alterações ósseas. As primeiras anormalidades observadas são o aumento do espaço articular, devido ao espessamento da sinóvia e ao derrame articular, seguido por redução do espaço articular, osteopenia e erosões, que se tornam mais evidentes



com a progressão da doença 6. A radiografia é específica para o diagnóstico da AR, mas tem baixa sensibilidade 4.

A ultrassonografia é um método complementar útil para detecção precoce e monitoramento da atividade inflamatória 4. O derrame articular pode ser visto como uma camada hipoecoica compressível, e a tenossinovite aparece como um achado semelhante na bainha dos tendões. Erosões são vistas como descontinuidades ósseas, sendo necessário um examinador experiente para diferenciá-las de contornos normais. O Doppler colorido pode identificar atividade inflamatória pela vascularização da sinóvia e caracterizar a tenossinovite pelo aumento do fluxo sanguíneo na região 6. A ultrassonografia tem uma sensibilidade superior para detecção de erosões ósseas e sinais de inflamação, especialmente em estágios iniciais da doença, e é útil para prognóstico e acompanhamento. Estudos recentes têm proposto escores para a classificação da doença com base em alterações ultrassonográficas, mostrando boa sensibilidade e especificidade. O sistema US10 é um exemplo, que demonstra boa correlação entre achados ultrassonográficos e aspectos clínicos e laboratoriais, podendo ser útil no seguimento dos pacientes e na avaliação da resposta ao tratamento 7.

A tomografia computadorizada (TC) é pouco utilizada para AR devido à exposição à radiação ionizante em doses mais elevadas e às poucas vantagens em relação a outros métodos. É principalmente empregada para avaliar o envolvimento da coluna cervical, como a subluxação atlanto-axial 6.

A ressonância magnética (RM) é o exame mais sensível na identificação de alterações precoces envolvendo osso, cartilagens e partes moles na AR, mas seu alto custo e baixa disponibilidade podem limitar o seu uso 4.

Comparação dos Métodos de Imagem no Diagnóstico da Artrite Reumatoide

Método	Achados	Tempo para Alteração	Vantagens	Desvantagens
---------------	----------------	-------------------------------------	------------------	---------------------



RX	Aumento ou redução do espaço articular, erosões ósseas, osteopenia, fraturas de estresse, deformidades	Tardio	Baixo custo e acessível, boa especificidade	Baixa sensibilidade
US	Derrame articular, tenossinovite, erosões ósseas, aumento de vascularização	Precoce	Monitora atividade inflamatória, sensibilidade superior para erosões e inflamação, relativamente de baixo custo	Examinador-dependente
TC	Subluxação C1-C2	Tardio	Avalia C1-C2	Uso de radiação iônica, menos disponível
RM	Edema da medula óssea, dano cartilaginoso, erosões na cortical óssea, rupturas de tendões, subluxação atlanto-axial/atlanto-occipital	Precoce	Visualização de achados precoces, boa sensibilidade	Mais caro, menos disponível

O tratamento da artrite reumatoide envolve acompanhamento clínico com medicamentos e cirurgia para deformidades, visando melhorar a qualidade de vida do paciente. A avaliação nos primeiros 12 meses de sintomas e um diagnóstico precoce são preditores de remissão clínica e radiológica, o que sugere um melhor prognóstico 6. A terapia farmacológica inclui anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), corticoides e drogas anti-reumáticas modificadoras da doença (DARMDs), como metotrexato e agentes biológicos. Apesar de não alterarem o curso natural da doença, os anti-inflamatórios são importantes para reduzir a inflamação e a dor, mas têm efeitos adversos que limitam seu uso prolongado. DARMDs são a principal abordagem, especialmente no início da patologia, retardando a progressão e até alcançando remissão 3. A

eficácia dessas drogas pode explicar a redução das abordagens cirúrgicas de mãos e pés entre 1986 e 2011 8.

No entanto, 63,6% dos pacientes ainda apresentam erosão após três anos de tratamento com DARMDs. Em casos com deformidades severas, tenossinovites ou rupturas de tendão, a terapia farmacológica pode não ser suficiente 3. A cirurgia ortopédica é uma opção para restaurar a funcionalidade e suprir esse déficit. Deformidades frequentes, como a subluxação das falanges proximais e o desvio ulnar dos dedos, podem ser tratadas com sinovectomia e transferência intrínseca cruzada da banda ulnar lateral ou artroplastia quando a destruição articular é significativa 3. A tenossinovite pode ser abordada com tenosinovectomia, apesar do risco de complicações neurovasculares, ou com transferência de estrutura ou enxerto de tendão em caso de ruptura 3. Alterações como o pescoço de cisne e a abotoadura podem ser tratadas com sinovectomia quando medicamentos não são suficientes 3. A artroplastia ou a artrodese podem ser indicadas para contraturas e rigidez irreversíveis, embora não restaurem totalmente a mobilidade da mão 3.

A cirurgia pode se tornar mais desafiadora e menos eficaz com a progressão da inflamação articular. A abordagem precoce pode oferecer melhores resultados e é uma área que necessita de mais estudos para determinar a adequação do encaminhamento precoce ao ortopedista.

Ainda há falta de consenso sobre quando referenciar o paciente ao cirurgião. Estudos mostram que clínicos e cirurgiões da mão frequentemente têm visões divergentes sobre o tratamento cirúrgico da AR 9. Reumatologistas frequentemente são céticos sobre a eficácia da abordagem cirúrgica para o tratamento dessa doença, o que influencia nas baixas taxas de encaminhamento para a cirurgia de extremidades 10. Enquanto isso, cirurgiões de mão acreditam que a intervenção cirúrgica é capaz de melhorar a funcionalidade e reduzir a dor. Assim, lamentam que os colegas reumatologistas encaminham poucos pacientes ou apenas os referenciam tarde demais no processo da patologia para uma abordagem adequada 11.

A comunicação limitada e a falta de integração entre as especialidades podem justificar essa disparidade e a baixa taxa de concordância quanto à necessidade de abordagem cirúrgica 12.

Considerações finais

Enquanto o tratamento farmacológico da AR avança, técnicas cirúrgicas também estão se aprimorando, proporcionando melhorias significativas na dor e na funcionalidade. No entanto,

há pouca concordância sobre o momento ideal para a intervenção cirúrgica. São necessários mais estudos sobre a complementaridade das abordagens clínica e cirúrgica, promovendo maior comunicação interdisciplinar e decisões compartilhadas com os pacientes para alcançar o melhor desfecho clínico. A cirurgia de mão pode desempenhar um papel crucial na intervenção precoce, antes que o acometimento se torne incapacitante e a inflamação progressiva dificulte uma abordagem cirúrgica mais eficaz.

Referências

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
2. Malahias M, Hadjipavlou A, Mavrogenis AF, et al. Suppl 1: The Future of Rheumatoid Arthritis and Hand Surgery-Combining Evolutionary Pharmacology and Surgical Technique. *Open Orthop J.* 2012;6:88.
3. Longo UG, Petrillo S, Denaro V. Current concepts in the management of rheumatoid hand. *Int J Rheumatol.* 2015;2015:648073.
4. Mota LMH, Santana A, Silva CM, et al. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2013;53:141-57.
5. Ishikawa H. The latest treatment strategy for the rheumatoid hand deformity. *J Orthop Sci.* 2017;22(4):583-92.
6. Vyas S, Vora A, Malde H, et al. Rheumatoid arthritis revisited—Advanced imaging review. *Pol J Radiol.* 2016;81:629.
7. Luz KR, Silva A, Pinto IC, et al. Novo sistema de escore ultrassonográfico (US10) musculoesquelético das articulações das mãos e punho para avaliação de pacientes com artrite reumatoide em fase inicial. *Rev Bras Reumatol.* 2016;56:421-31.



8. Da Silva E, Medeiros M, Barros C, et al. Declining use of orthopedic surgery in patients with rheumatoid arthritis? Results of a long-term, population-based assessment. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2003;49(2):216-20.
9. Alderman AK, Wilke BK, Pusic AL, et al. Surgical management of the rheumatoid hand: consensus and controversy among rheumatologists and hand surgeons. *J Rheumatol*. 2003;30(7):1464-72.
10. Zhong L, Zhang Y, Xu M, et al. Variation in rheumatoid hand and wrist surgery among medicare beneficiaries: a population-based cohort study. *J Rheumatol*. 2015;42(3):429-36.
11. Alderman AK, Wilke BK, Pusic AL, et al. Effectiveness of rheumatoid hand surgery: contrasting perceptions of hand surgeons and rheumatologists. *J Hand Surg Am*. 2003;28(1):3-11.
12. Franzblau LE, Pincus T, Eberhardt J, et al. Identifying barriers to the care of the rheumatoid hand in China: comparing attitudes of rheumatologists and hand surgeons. *Int J Rheum Dis*. 2018;21(11):1970-6.